

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1935

PAR

WALLET Jacques-Lucien-René

Né le 8 Octobre 1910, à La Courneuve (Seine)

DE L'AXYPHOÏDIE CONGÉNITALE

Président : M. le Professeur Paul CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS — PALAIS-ROYAL

PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie et thérapeutique générales ..	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale ...	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée..	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LÆPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	PROUST.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.

Clinique chirurgicale orthopédique de
l'adulte.....

MM.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.
MOCQUOT.

Professeurs sans chaire

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	BÉNARD (Etienne).
Pathologie médicale	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'AILLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryntologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LÉVY.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÈNÈQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
	ALAJOUANINE.
	AUBERTIN.
	BRULÉ.
	CHABROL.
	CHIRAY.
	DONZELOT.
	DUVOIR.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique chirurgicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
	SEZARY.
	BASSET.
	BROCQ.
	CADENAT.
	GATELLIER.
	HEITZ-BOYER.
	MOURE.
	QUÉNU.
Clinique obstétricale	SCHWARTZ.
	VELTER.
	ÉCALLE.
	GUENIOT.
	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Pnériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE L'AXYPHOÏDIE CONGÉNITALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1935

PAR

WALLET Jacques-Lucien-René

Né le 8 Octobre 1910, à La Courneuve (Seine)

DE L'AXYPHOÏDIE CONGÉNITALE

Président : M. le Professeur Paul CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux de Paris

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS — PALAIS-ROYAL

PARIS

1935



A MES GRAND-PARENTS

A MES PARENTS

dont les longs sacrifices ont permis
mes études.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES GANDY

qui, après avoir été pour nous un
maître si bienveillant, a bien voulu
être l'inspirateur de cet ouvrage.
Hommages reconnaissants.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT,

*professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine
de Paris*

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse. Hommage respectueux.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'appendice xyphoïde, ou xyphisternum, (pointe de l'épée) est la partie terminale inférieure du sternum. Privé d'articulation costale il est libre, et se trouve situé entre les deux rebords costaux, droit et gauche. De forme triangulaire, sa base, s'articulant avec la partie inférieure du corps sternal, est située dans la pointe du V renversé que constituent à ce niveau les rebords costaux.

Sa pointe, libre en bas, incluse dans l'aponévrose des muscles grands droits de l'abdomen se situerait en projection « au niveau du disque qui sépare la dixième et la onzième vertèbre dorsale » (Testut).

Ses dimensions et sa forme sont variables. Tantôt court et ramassé : « Henlé rapporte un cas où la pointe du sternum était représentée par un mince anneau cartilagineux ». (Poirier).

Tantôt long et de forme variable : « L'appendice xyphoïde est très souvent cartilagineux. » (Rouvière.)

Sa face postérieure donne attache aux deux faisceaux sternaux du diaphragme. Sa face antérieure donne insertion aux faisceaux les plus internes des muscles grands droits de l'abdomen, et à l'aponévrose du transverse. Sa base donne insertion à la ligne blanche de l'abdomen, qui le recouvre.

¶ Entre la ligne blanche et l'appendice xyphoïde, on trouve souvent une bourse séreuse. » (Poirier.)

L'appendice xyphoïde est uni au corps du sternum par une articulation rarement soudée, le plus souvent constituée par une synchondrose. A l'union du corps et de l'appendice xyphoïde existe une dépression de profondeur variable, toujours palpable à travers les téguments : la fossette xyphoïdienne.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS EMBRYOLOGIQUES

Au point de vue embryologique l'appendice xyphoïde n'apparaît pas différemment du reste du sternum.

Environ vers le deuxième mois de la vie intra-utérine apparaît de chaque côté de la « corde » qui formera le rachis une ébauche cartilagineuse qui tend à faire le tour de l'embryon, pour atteindre la ligne médiane de la face ventrale. Cette ébauche cartilagineuse se segmente bientôt en plusieurs branches horizontales, qui formeront les huit premières côtes. Leurs extrémités antérieures se réunissent de chaque côté de la ligne médiane ventrale, pour former deux cartilages longitudinaux qui, se soudant par leur ligne médiane, formeront le sternum.

A la naissance, l'appendice xyphoïde est encore cartilagineux,

Le plus souvent le xyphisternum ne présente qu'un seul point d'ossification : au niveau de sa base. Parfois on en trouve un deuxième au dessous du précédent.

Ce n'est que vers la fin de la troisième année que ce point d'ossification apparaît.

L'ossification de l'appendice xyphoïde n'est complète cinquante à soixante ans que sa soudure au corps est réalisée. cinquante ' soixante ans que sa soudure au corps est réalisée.

CHAPITRE III

L'AXYPHOÏDIE ET SA CONSTATATION CLINIQUE

Cet appendice xyphoïde, que nous venons de montrer si variable dans sa forme, dans ses dimensions, dans sa situation, peut cliniquement être absent. C'est du moins l'opinion manifestée par un certain nombre d'auteurs, qui en font alors un symptôme de présomption d'hérédosyphilis.

Queyrat en 1919 fut le premier à considérer cette dystrophie osseuse comme stigmaté d'hérédosyphilis.

En 1921, MM. Queyrat, Gandy et Deguignand présentent à leur tour une observation d'axyphoïdie liée à un rétrécissement mitral congénital, et à une dilatation de l'artère pulmonaire vraisemblablement d'origine hérédosyphilitique.

En juillet 1925, Queyrat présente deux observations d'axyphoïdie chez des enfants hérédosyphilitiques, et pose à nouveau le problème.

En décembre 1926, MM. E. Levin et Schmaltz considèrent également l'axyphoïdie comme symptôme d'hérédosyphilis.

En janvier 1926, MM. Sezary, Vibert et Godel présentent une statistique, portant sur 226 malades examinés à l'hospice Debrousse et la consultation du soir de l'hôpital de la Charité.

Axyphoïdiens45 .. soit .. 20 %

Axyphoïdiens à syphilis démontrée26 .. soit .. 58 %

Axyphoïdiens à syphilis non démontrée 19.. soit.. 42 %

Hérédosyphilitiques reconnus53 .. soit . 23,5 %

Hérédosyphilitiques non axyphoïdiens 27 .. soit .. 50 %

Axyphoïdiens dont les parents sont également axyphoïdiens : 12, dont une fois le père et la mère, et onze fois la mère seule.

Axyphoïdiens dont les frères et sœurs sont également axyphoïdiens : 5.

En 1926 également, Loubeyre publie à Paris une thèse sur l'axyphoidie, et donne les statistiques suivantes, qui semblent bien parallèles à celles publiées par MM. Sezary, Vibert et Godel.

Sur 325 adultes 65 axyphoïdiens.

Sur 184 enfants et nourrissons 42 axyphoïdiens
avec une proportion de 4 femmes pour 1 homme.

Malades examinés 129

Axyphoïdiens 24 .. soit. 18,4 %

Axyphoïdiens dont l'hérédosyphilis est

certaine 12 .. soit .. 50 %

Axyphoïdiens sans hérédosyphilis

certaine 12 .. soit .. 50 %

Hérédosyphilitiques reconnus	22	
Axyphoïdiens	12 ..	soit .. 54 %
Xyphoïdiens	10 ..	soit .. 46 %
Sujets paraissant indemnes		
d'hérédosyphilis	107	
Axyphoïdiens	12 ..	soit .. 9 %
Xyphoïdiens	95 ..	soit .. 91 %

En 1926-1927, Queyrat publie de nouveau un article sur « Axyphoïdie et syphilis héréditaire ».

Il résume ainsi son opinion : « L'axyphoïdie, symptôme d'hérédosyphilis, le plus souvent ancienne et de forme larvée, privée de symptôme, à Bordet-Wassermann souvent négatif. » (Queyrat)

En septembre 1927, M. Henri Fischer publie dans le *Lyon Médical* un article intitulé « L'appendice xyphoïde peut-il anatomiquement être absent ? En clinique est-il toujours palpable ? »

Il y oppose, à l'opinion des syphiligraphes et des cliniciens, celle des anatomistes qui, à l'autopsie ou à la dissection, ne relèvent cette anomalie que très rarement et, le plus souvent, chez des monstres humains.

Il signale en particulier les travaux du professeur Antony et ceux du professeur Dubreuil-Chambardel, qui se sont particulièrement intéressés à la question. L'un et l'autre, sans nier la possibilité de l'absence de l'appendice xyphoïde, ne la considèrent que comme très rare, et apparaissant alors, soit chez des monstres soit chez des sujets porteurs d'autres dystrophies sternales.

Enfin, en avril 1928, un auteur espagnol M. J.-B. de Quiros signale à son tour l'axyphoïdie comme stigmate d'hérédosyphilis.

★
★★

Ainsi donc, dans l'état actuel de la question, il existe deux opinions contraires :

L'une, celle des anatomistes, affirmant que l'axyphoïdie vérifiée anatomiquement est très rare, et le fait seulement d'individus porteurs d'autres dystrophies sternales, et même d'autres dystrophies osseuses, lesquelles permettent de les classer parmi les monstres humains conditionnés par une hérédité soit syphilitique, soit par toute autre entité morbide capable de donner de pareilles dystrophies.

L'autre, soutenue par les syphiligraphes et les cliniciens possède beaucoup plus de défenseurs, et leurs arguments, pour être plus abstraits, n'en ont pas moins de poids.

Les statistiques que nous avons reproduites d'autres parts, basées sur des examens cliniques nombreux, tendent à prouver, au contraire de l'opinion des anatomistes, qu'il existe une axyphoïdie assez fréquente, et qui pourrait être considérée selon le mot de Queyrat comme un « symptôme mineur d'hérédosyphilis, le plus souvent ancienne et de forme larvée, privée de symptôme, à Bordet-Wassermann souvent négatif ».

★ ★

Tel était le problème auquel nous avons voulu chercher une solution qui, pour n'être pas définitive et absolue, (y a-t-il d'ailleurs quelque chose de définitif et d'absolu, dans l'art médical), peut, néanmoins, du moins nous l'espérons, apporter un peu de lumière à la question.

Nous avons donc examiné un certain nombre de malades dans le service de M. le docteur Gandy à l'hôpital Lariboisière recherchant, cliniquement, l'absence d'appendice xyphoïde et, concurremment, l'absence ou la présence d'autres symptômes d'hérédosyphilis. Les conclusions, qu'amenaient ces examens, semblaient bien se rapprocher de celles émises par les différents auteurs qui, précédemment, s'étaient occupés de la question.

Nous trouvions en effet :

malades examinés, 93.

(hommes, 40 ; femmes, 53.)

axyphoïdiens, chez qui l'absence d'appendice xyphoïde était nette cliniquement, 21 soit..22,6 %

Ces vingt-et-un malades porteurs d'axyphoïdie se répartissaient de la façon suivante :

hommes examinés, 40.

axyphoïdiens, 6 soit..15 %

femmes examinées, 53.

axyphoïdiennes, 15 soit..28,3 %

Parmi ces vingt-et-un axyphoïdiens on trouvait :

axyphoïdiens chez lesquels l'hérédosyphilis paraissait

certaine, soit à cause d'autres stigmates présentés par eux, soit encore de par leurs antécédents, 10 soit..47,6 %

axyphoïdiens chez qui aucun autre symptôme ne permettait de suspecter une hérédosyphilis possi-

ble, 11 soit..52,4 %

Les dix axyphoïdiens, chez qui l'hérédosyphilis paraissait certaine, se répartissaient ainsi :

hommes, 4 (sur 6 axyphoïdiens) soit plus de 66 %.

femmes, 6 (sur 15 axyphoïdiennes) soit plus de 40 %.

Ces chiffres, sont à rapprocher de ceux publiés par MM. Sezary, Vibert et Godel, et de ceux publiés par Loubeyre dans sa thèse de Paris, 1926, et que nous avons reproduits d'autre part.

★ ★

Mais, si les chiffres que nous obtenions ainsi personnellement se rapprochaient sensiblement de ceux déjà publiés par nos prédécesseurs, et semblaient ainsi confirmer leurs conclusions, ils n'apportaient aucun appui en faveur de l'idée que nous avions envisagée : trouver un terme de conciliation entre les opinions opposées, des cliniciens et des anatomistes.

Une question se posait alors :

La clinique n'était-elle pas en défaut ? La forme, ou la situation de l'appendice xyphoïde, ne le rendait-elle pas dans certains cas inaccessible à la palpation ?

Dans cet ordre d'idées, la multiplicité des formes de l'appendice xyphoïde, signalée par les anatomistes, pouvait être retenue.

Divers auteurs ont, en effet montré, ainsi que nous le notions au début de ce travail, que l'appendice xyphoïde pouvait être dirigé en arrière, ou bifide, ses deux branches pouvant alors s'accoler aux deux rebords costaux, ou encore terminé par trois branches, ou très court et inapparent, difficile par conséquent, sinon impossible à mettre en évidence par la palpation.

D'autre part, chez un sujet adipeux, ou fortement musclé, l'appendice xyphoïde pouvait être masqué à la palpation, par le pannicule adipeux, ou par les insertions tendineuses des muscles grands droits de l'abdomen.

Ou bien encore, une articulation xyphisternale très lâche, ne pouvait elle permettre à l'appendice xyphoïde, de basculer en arrière lors de sa recherche, et d'échapper ainsi aux investigations.

CHAPITRE IV

L'AXYPHOÏDIE ET LA RADIOLOGIE

Ces questions posées, existait-il un moyen de les résoudre autre que la recherche directe et sanglante, évidemment impossible.

Il était tout indiqué de recourir à la radiographie. M. Sezary avait dit qu'elle était impossible, pour l'appendice xyphoïde, étant donné son peu d'opacité, et, au contraire, la grande opacité des organes sous-jacents : médiastin et colonne vertébrale dorsale.

Ceci n'est vrai que pour la radiographie de face. Car en radiographiant le malade exactement de profil, on doit pouvoir obtenir, une image assez nette du sternum, pour permettre de distinguer l'appendice xiphoïde. Ce fut M. Frain, du service de radiologie de l'hôpital Lariboisière, qui voulut bien se charger de nous faire les radiographies, suivant cette technique.

Un premier malade, porteur d'un appendice xyphoïde nettement palpable, fut ainsi radiographié de profil, et son image confirma nos suppositions : l'appendice xyphoïde était nettement visible, ainsi que le montre la figure n° 1 dessinée d'après cette radiographie.

Deux autres malades furent ensuite radiographiés successivement, de la même façon que le premier ; ils furent choisis parmi les malades considérés comme axyphoïdiens,

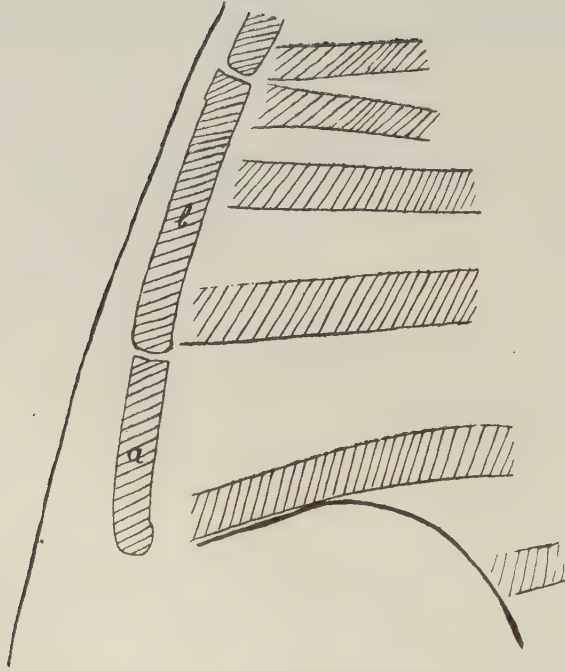


Fig. n° 1 — Radiographie d'un sujet, chez lequel l'appendice xyphoïde était perçu à la palpation.

a) appendice xyphoïde,

b) sternum.

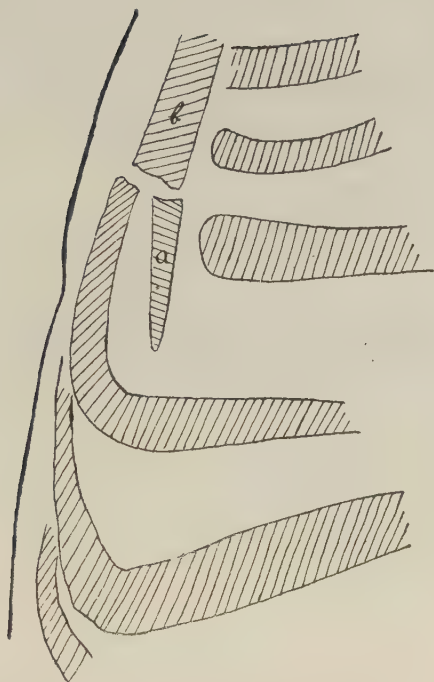


Fig. n° 2 — Radiographie d'un sujet chez lequel l'appendice xyphoïde, peu épais, n'était pas sensible à la palpation, à travers la masse musculo-adipeuse de la paroi abdominale.

- a) appendice xyphoïde.
- b) sternum.

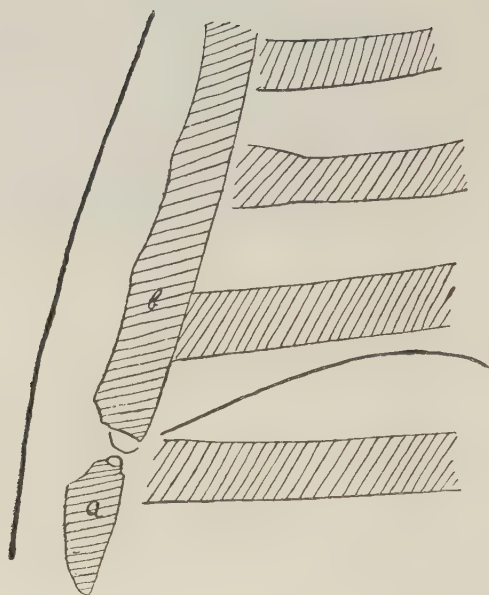


Fig. n° 3 — Radiographie d'un sujet, chez qui, l'appendice xyphoïde, nettement visible, mais articulé lâchement avec le corps sternal, et recouvert d'une paroi musculaire et adipeuse, assez épaisse, n'était pas sensible à la palpation.

a) appendice xyphoïde.

b) sternum.

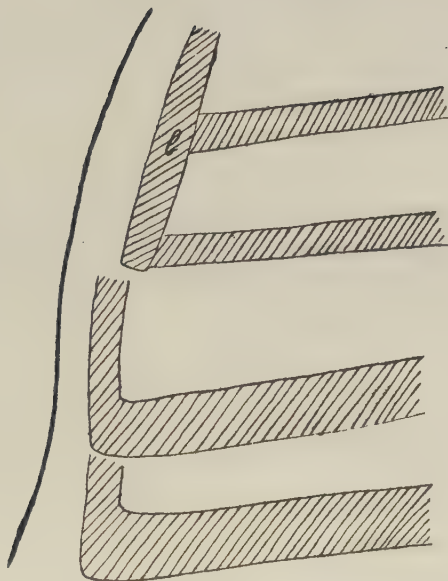


Fig. n° 4 — Radiographie d'un sujet présentant cliniquement un certain nombre de stigmates d'hérédosyphilis, et chez qui, l'appendice xyphoïde n'était pas accessible à la palpation. On voit qu'ici, son absence est confirmée par la radiographie.

b) sternum.

chez qui, aucun autre symptôme ne permettait de suspecter une syphilis héréditaire, et pour qui, l'axyphoïdie révélée par la clinique était le seul symptôme.

Leurs images radiographiques montrèrent, pour les deux, la présence d'un appendice xyphoïde, ainsi qu'on le voit sur les figures n°s 2 et 3.

Pour l'un, il s'agissait d'un appendice xyphoïde très postérieur, assez petit, dont l'épaisseur n'était qu'à peu près la moitié de celle du reste du sternum. Noyé dans le pannicule adipeux, et les insertions musculaires, cet appendice xyphoïde n'était pas sensible à la palpation (figure n° 2).

Pour l'autre, il s'agissait d'un appendice xyphoïde assez petit, d'épaisseur normale, mais dont l'articulation avec le sternum, très lâche, et sa situation au milieu du pannicule adipeux, avaient masqué la présence à la palpation. (figure n°3)

Enfin, un autre malade, fut radiographié de la même manière (profil). C'était un axyphoïdien porteur de nombreux autres stigmates d'hérédosyphilis, et chez qui la réalité de cette affection ne pouvait être mise en doute.

L'image radiologique confirma l'absence réelle d'appendice xyphoïde, le sternum se terminant à sa deuxième pièce comme le montre la figure n° 4.

Ainsi donc chez deux sujets, où la clinique avait montré une absence d'appendice xyphoïde, celui-ci était décelé par la radiographie. Par contre, chez un sujet, chez qui, cliniquement l'absence d'appendice xyphoïde, était accompagnée d'autres stigmates d'hérédosyphilis, la radiographie confirmait le diagnostic clinique, en montrant l'absence réelle d'appendice xyphoïde.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

A — Hommes

6 hommes, dont 4 porteurs de stigmates ou d'antécédents
pouvant faire suspecter l'hérédosyphilis

OBSERVATION I.

M. G... Jean. 55 ans. Entre dans le service pour bronchite grippale. Parents morts âgés, de cause inconnue. 8 frères et sœurs vivants bien portants, mais 3 frères et sœurs morts à la naissance, ou en bas âge. Axyphoïdie.

OBSERVATION II.

M. F... François. 32 ans. Entre dans le service pour hémiplégie avec aphasie. Débilité mentale. Père mort accidentellement. Mère vivante, bien portante. Plusieurs frères et sœurs sont morts en bas âge, ou à la naissance. Axyphoïdie.

OBSERVATION III.

M. C... Jean. 25 ans. Entre dans le service pour asthénie et troubles intestinaux. Père mort accidentellement. Mère morte tuberculeuse. Dix frères et sœurs morts, à la naissance, ou en bas âge. Axyphoïdie.

OBSERVATION IV.

M. S... Pankos. 38 ans. Sujet polonais. Entre dans le service pour congestion pulmonaire gauche. Sans nouvelles de ses père et mère. Marié, femme une fausse couche. Trois frères vivants, bien portants. Plusieurs autres morts très jeunes. Un peu de strabisme divergent. Calvitie marquée. Axyphoïdie.

Les observations 5 et 6 sont celles des malades dont les radiographies sont reproduites par les figures n°s 2 et 3. Elles sont publiées d'autre part (page 33).

B — Femmes

15 femmes, dont 6 porteurs de stigmates ou d'antécédents permettant de suspecter une hérédosyphilis

Premier Groupe

OBSERVATION I.

Mlle B... Marguerite, 26 ans. Entre dans le service pour syndrome digestif. Sans nouvelles de ses père et mère. Une sœur morte de méningite à six mois. Persistance chez elle de quatre dents, de la première dentition. Axyphoïdie.

OBSERVATION II.

Mme L... Marie-Thérèse, 81 ans. Entre dans le service pour hémiparésie. Mère morte d'hémiplégie. Père mort de cause inconnue. Huit frères et sœurs morts en bas âge, ou morts nés. Un enfant mort à deux mois et demi, un autre, d'embolie à vingt-cinq ans, un autre mort d'accident. Axyphoïdie.

OBSERVATION III.

Mme Y... Marie-Louise, 51 ans. Entre dans le service pour douleurs gastriques. Père mort d'anévrysme aortique. Mère morte cardiaque (?) à cinquante-six ans. Cinq frères et sœurs morts, de cause inconnue. Ni enfants, ni fausses couches. Axyphoïdie.

OBSERVATION IV.

Mlle F... Suzanne, 25 ans. Entre dans le service pour bronchite aiguë. Père mort paralysé à cinquante-cinq ans.

Mère morte en 1915 d'entérite. Un frère et deux sœurs vivants bien portants. Un frère mort en bas âge. Axyphoïdie.

OBSERVATION V.

Mme D... Léontine, 58 ans. Entre dans le service pour congestion pulmonaire droite. Père mort d'hémorragie cérébrale. Mère morte d'hémiplégie avec aphasie. Ni enfant, ni fausse couche. Axyphoïdie.

OBSERVATION VI.

Mme H... Marie, 55 ans. Entre dans le service pour hypertension. Père mort de congestion cérébrale. Mère morte de cause inconnue. Quatre sœurs mortes jeunes, de méningite. Ni enfant, ni fausse couche. Axyphoïdie.

Deuxième Groupe

OBSERVATION VII.

Mlle E... Germaine, 19 ans. Entre dans le service pour intoxication par le véronal. Parents vivants, bien portants. Ni frère, ni sœur. Aucun autre stigmate d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

OBSERVATION VIII.

Mme P... Emilie, 52 ans. Entre dans le service pour néphrite chronique. Père mort de vieillesse. Mère morte de congestion cérébrale. Cinq frères et sœurs, dont deux morts d'accident. Ni enfant, ni fausse couche. Aucun autre stigmate d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

OBSERVATION IX.

Mme N..., 19 ans. Entre dans le service pour asthénie et dénuement. Ne présente aucun symptôme morbide. Parents vivants, bien portants. Un frère vivant, bien portant. Aucun autre stigmate d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

OBSERVATION X.

Mlle S... Eugénie, 53 ans. Entre dans le service pour maladie de Basedow. Père mort de vieillesse. Mère morte de cause inconnue. Cinq frères et sœurs vivants, bien portants. Aucun autre stigmate d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

OBSERVATION XI.

Mme B... Emilienne, 39 ans. Entre dans le service pour accidents préasystoliques. Gibbeuse : cyphoscoliose très accentuée, qui date de l'âge de trois ans. Père et mère morts tuberculeux. Deux frères morts, en bas âge. Axyphoïdie.

OBSERVATION XII.

Mme M... Jeanne, 58 ans. Entre dans le service pour bronchite chronique. Parents morts de vieillesse. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Réglée seulement de vingt à quarante ans. Axyphoïdie.

OBSERVATION XIII.

Mlle K... Rose, 28 ans. Entre dans le service pour intoxication par le véronal. Parents vivants, bien portants. Ni frère, ni sœur. Aucun stigmat d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

OBSERVATION XIV.

Mlle D... Madeleine, 23 ans. Entre dans le service pour intoxication par le gardénal. Mère vivante, bien portante. Père mort de congestion pulmonaire. Ni frère, ni sœur. Aucun stigmat d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

OBSERVATION XV.

Mlle B... Gabrielle, 32 ans. Entre dans le service pour rhumatisme déformant. N'a pas connu ses parents. Ni frère, ni sœur connu. Aucun stigmat d'hérédosyphilis. Axyphoïdie.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

**des malades examinés au sujet de leur axyphoïdie
et faisant l'objet des figures n^{os} 2 et 3**

OBSERVATION I.

M. R..., 15 ans et demi. Entre dans le service pour bronchite aiguë. Père vivant tuberculeux. Mère vivant bien portante. Une sœur vivante, bien portante. Aucun stigmate d'hérédosyphilis. Axyphoïdie apparente non confirmée par la radiographie.

OBSERVATION II.

M... Emile, 31 ans. Entre dans le service pour pleurésie séro-fibrineuse droite. Père et mère vivants, bien portants. Deux sœurs vivantes, bien portantes. Marié, deux enfants vivants, bien portants. Axyphoïdie apparente, non confirmée par la radiographie.

OBSERVATION

du malade examiné au sujet de son axyphoïdie
qui se rapporte à la figure n° 4

OBSERVATION I.

M. A... André, 23 ans, entre dans le service pour douleurs dans les genoux. Père mort à la guerre. Mère morte de cirrhose hépatique à 47 ans, ayant eu deux fausses couches. Un frère bien portant. Une sœur morte en couches et qui fut comme lui-même malade à la naissance. Le malade mesure 1 m. 34. Système pileux pubien et axillaire assez développé, mais barbe et moustache peu fournies. Testicules de petit volume et insensibles à la pression. Adhérence des lobules des oreilles. Les réactions de Wassermann, Hecht, etc. recherchées après essai de réactivation restent négatives. C'est ce sujet qui a fait par ailleurs l'objet d'une communication à la société médicale des Hôpitaux (15 février 1935) par MM. Ch. Candy, Ch. Guilbert et Mme Crasnean-schi, en raison d'une autre dystrophie osseuse spéciale l'*ostéopoecilie*, et dont ces auteurs signalent précisément l'origine hérédosyphilitique possible.

CONCLUSIONS

I. — Il y a lieu de distinguer, en fait d'axyphoïdie congénitale deux formes différentes :

L'une, uniquement décelée par l'exploration clinique, non accompagnée d'autres stigmates et dont la vérification radiographique, en révélant la présence d'un appendice xyphoïde de forme anormale ou réduite, démontre qu'il ne s'agit que d'une apparence et qu'il n'y a pas, anatomiquement, de réelle axyphoïdie.

L'autre, s'accompagnant d'ordinaire d'autres stigmates dystrophiques, et dont la réalité anatomique est vérifiée par la radiographie.

II. — Au point de vue du lien qui existe entre chacune de ces deux formes d'axyphoïdie d'une part et l'hérédosyphilis d'autre part, nous pensons pouvoir conclure que :

La première, axyphoïdie apparente, purement clinique, n'a pas de valeur, si elle est isolée comme stigmate d'hérédosyphilis.

La seconde, axyphoïdie réelle, confirmée par la radiographie, souvent accompagnée d'autres stigmates d'hérédosyphilis peut présenter une réelle valeur comme stigmate dystrophique révélateur de cette affection.

Vu : *Le Président,*

P. CARNOT.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

POIRIER. — Traité d'anatomie descriptive et topographique

TESTUT. — Traité d'anatomie descriptive.

ROUVIÈRE. — Anatomie humaine topographique et descriptive.

QUEYRAT. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris, 28 novembre 1919. De l'absence d'appendice xyphoïde comme signe de syphilis héréditaire.

QUEYRAT, GANDY et DEGUIGNAND. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris, 6 mai 1921. Cardiopathie congénitale (rétrécissement mitral et dilatation de l'artère pulmonaire) vraisemblablement d'origine hérédosyphilitique.

QUEYRAT. — Bulletin de la société de dermatologie et de syphiligraphie, 9 juillet 1925. L'axyphoïdie signe de syphilis héréditaire.

SEZARY, VIBERT et GODEL. — Bulletin de la société de médecine des hôpitaux de Paris, 15 janvier 1926. Axyphoïdie et syphilis héréditaire.

LOUBEYRE. — Thèse de Paris 1926. De l'axyphoïdie.

E. LEWIN et W. SCHMALTZ. — Absence of xiphoid process in congenital syphilis (Dermat. woch 83, 1819, 1823, 18 dec. 1926.)

- QUEYRAT. — Médecine VIII. 1926-1927. Axyphoïdie et syphilis héréditaire.
- H. FISCHER. — Lyon médical n° 38, 18 sept. 1927 ; l'appendice xyphoïde peut être anatomiquement absent ? En clinique est-il toujours palpable ?
- G.-J. LANDA. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie IX. nov. 1928. L'axyphoïdie et sa valeur pour le diagnostic de la syphilis congénitale.
- J.-B. DE QUIROS. — Semana med. I. 12 avril 1928. Un signo interesante la axyfoidea. Su relacion con los trastornos estaticos y sujetos de stiller.
- Ch. GANDY, Ch. GUILBERT, et MME CRASNEANSCHI. — Un cas d'osteopoeilie, Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 15 février 1935, p. 315.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Considérations anatomiques	11
CHAPITRE II. — Considérations embryologiques	13
CHAPITRE III. — L'axyphoïdie et sa constatation clinique	14
CHAPITRE IV. — L'axyphoïdie et la radiologie	21
CHAPITRE V. — Observations	27
A. Hommes	27
B. Femmes	29
CHAPITRE VI. — Observations des malades examinés au sujet de leur axyphoïdie et faisant l'objet des figures n ^{os} 2, 3 et 4	33
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37

IMPRIMERIE LES PRESSES MODERNES
(Atelier et Direction)
96, Galeries Beaujolais - Palais Royal -
PARIS (1^{er})

